

**Registre Imnovid®**  
**FICHE INITIALE DE RECUEIL**

*Ce formulaire est à compléter par le prescripteur puis par le pharmacien pour tous les patients recevant une première prescription de pomalidomide et à adresser au laboratoire par le pharmacien au moment de la dispensation de pomalidomide*

**A COMPLETER PAR LE PRESCRIPTEUR :**

- J'atteste avoir reçu les outils du Plan de Gestion des Risques Imnovid® .....  Oui  Non
- J'atteste avoir pris connaissance des outils du Plan de Gestion des Risques Imnovid® .....  Oui  Non

**SPECIALITE DU PRESCRIPTEUR :**

- Hématologue     Oncologue     Médecin compétent en maladie du sang     Médecin compétent en cancérologie  
 Autre, préciser : .....

**DATE DE LA VISITE :**   /   /

**PATIENT**

**INITIALES PATIENT :**  Nom  Prénom    **DATE DE NAISSANCE (MM/AAAA) :**   /

**SEXE ET CATEGORIE :**  Homme     Femme dans l'impossibilité de procréer     Femme en âge de procréer

Contraception efficace :  Oui  Non  Abstinence    Si oui préciser : .....

Date de mise en place de la contraception :   /   /

- Information du patient faite et bonne compréhension du risque tératogène, de la surveillance et des contraintes particulières.....  Oui  Non
- Signature par le patient de l'accord de soins et de contraception.....  Oui  Non

**INDICATION THERAPEUTIQUE**

Indication de la prescription :

- Myélome multiple     Autre, préciser : .....

**SCHEMA THERAPEUTIQUE**

TRAITEMENT : Imnovid®, gélules ..... mg/jour

**DATE DE LA PRESCRIPTION :**   /   /

**A COMPLETER PAR LE PHARMACIEN :**

- J'atteste avoir reçu et pris connaissance des outils du Plan de Gestion des Risques Imnovid® .....  Oui  Non
- Signature de l'accord de soins et de contraception dans le carnet patient.....  Oui  Non

**Chez les femmes en âge de procréer :**

- Test de grossesse effectué le :   /   /        Résultat :  Négatif     Positif     Non effectué  
 Si le test est positif, Imnovid® ne doit pas être délivré. Toute grossesse doit être déclarée au Centre Régional de Pharmacovigilance dont vous dépendez.

**DATE DE LA DELIVRANCE :**   /   /

MEDECIN	PHARMACIEN
NOM DU PRESCRIPTEUR : .....	NOM DU PHARMACIEN : .....
Hôpital (adresse) : .....	Hôpital (adresse) : .....
<i>J'atteste que les informations que j'ai fournies sont exactes.</i>	<i>J'atteste que les informations que j'ai fournies sont exactes.</i>
Date : .....    Signature : .....	Date : .....    Signature : .....

**Veillez s'il vous plaît envoyer cette fiche à ICTA (centre logistique de Bristol Myers Squibb) :  
par fax au 0 800 002 219 ou par email à l'adresse [imnovid@icta.fr](mailto:imnovid@icta.fr)**